**L’approche clinique des hémorragies digestives**

Tristan St-Jean-Gamache

Hiver 2016

Faculté de médecine de l’Université Laval

1. L’HÉMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE

L’hémorragie digestive haute est définie par un saignement digestif proximal à l’angle de Treitz. Pour colorer les selles en noir, il faut un minimum de 150 mL de sang. Les symptômes des hémorragies digestives hautes incluent le méléna, l’hématémèse, les rectorragies[[1]](#footnote-1) et les signes d’hypovolémie.

Les symptômes dépendent de l’ampleur des pertes sanguines et de l’état hémodynamique du patient (volume circulant efficace). En situation physiologique, il y a 5 L de sang dans le corps. Lorsque la perte est de l’ordre de 1 L, on constatera de l’orthostatisme. Lorsqu’elle est de l’ordre de 1½ L, on constatera une tachycardie. Lorsqu’elle est de plus de 2 L, on constatera un choc hypovolémique.

La perte du volume sanguin intravasculaire entraînera une réponse physiologique consistant en un appel d’eau de la région extravasculaire vers le compartiment intravasculaire pour maintenir l’état circulatoire (transfert liquidien). La concentration d’hémoglobine baissera ; il faut toutefois noter qu’en début d’épisode hémorragique, elle peut être normale. L’urée sanguine s’élève fréquemment en réponse à l’absorption et à la digestion de protéines issues du sang présent dans la lumière intestinale. La créatinine peut s’élever si la déshydratation est importante.

Les complications de l’hémorragie digestive haute incluent :

* Le choc hypovolémique ;
* L’altération de l’état de conscience ;
* L’ischémie cardiaque ;
* L’insuffisance rénale ;
* La mortalité (5 à 10 %).

Plus le patient a de comorbidités, plus les complications ont de chances de survenir et d’être fatales. Ces comorbidités incluent la maladie coronarienne athérosclérotique, la maladie vasculaire athérosclérotique, le diabète, l’âge et l’insuffisance rénale.

Les hémorragies digestives hautes peuvent être varicielles ou non varicielles (majorité des cas). Les varices peuvent être œsophagiennes, gastriques ou ectopiques. Si l’atteinte est non varicielle, les étiologies les plus courantes sont, en ordre décroissant, l’ulcère peptique (gastroduodénal), les érosions muqueuses, les malformations vasculaires, les tumeurs et le syndrome de Mallory-Weiss, une lésion bénigne de la jonction gastro-œsophagienne qui se situe près de la petite courbure de l’estomac et qui apparait habituellement après des épisodes répétés de vomissements.

La prise en charge d’urgence de l’hémorragie digestive haute débute par la réanimation volémique au moyen de l’administration de solutés par voie intraveineuse. Au besoin, on peut intuber le patient et administrer de l’oxygène et/ou procéder à une transfusion sanguine. À cette étape, si nécessaire, le clinicien peut effectuer la correction d’anomalies de la coagulation. Bien que cette mesure soit controversée, il est aussi possible d’installer un tube nasogastrique. Cependant, celui-ci ne rapportera pas forcément de sang, notamment dans le cas où le saignement serait en aval du sphincter pylorique.

Lorsque le patient est stabilisé, on procède à son évaluation. Celle-ci doit inclure les facteurs de risques d’ulcère peptique (prise d’ASA, prise d’AINS, prise de clopidogrel, antécédents d’ulcères, bactérie *H. pylori*, etc.) et les facteurs de risques de maladie hépatique (alcool, hépatites virales antérieures, syndrome métabolique, etc.). À cette étape, il faut également évaluer les comorbidités du patient et faire les bilans sanguins :

* Formule sanguine complète ;
* Urée, créatinine et ions ;
* Bilan hépatique ;
* Glycémie ;
* Enzymes cardiaques ;
* Électrocardiogramme ;
* Groupage sanguin ;
* Épreuve de compatibilité croisée.

La prochaine étape est la thérapie médicamenteuse. Dans le cas d’une maladie ulcéreuse peptique, on peut utiliser le pantoprazole, un inhibiteur de la pompe à protons. Celui-ci augmente le pH gastrique et favorise la formation d’un clou plaquettaire. Dans le cas d’un saignement variciel, on peut utiliser l’octréotide, qui réduit l’apport sanguin dans les varices et y abaisse la pression. Ces deux médicaments doivent être administrés au complet d'un seul coup (bolus), par injection intraveineuse. Si le clinicien est dans le doute par rapport à l’origine du saignement, il peut administrer les deux à prime abord.

La dernière étape de la prise en charge est l’endoscopie. Le but est de rechercher la lésion, qui est trouvée dans la plupart des cas. S’il y a lieu, on peut procéder à un traitement endoscopique. S’il s’agit d’un ulcère, on peut injecter de l’adrénaline, cautériser, poser un clip hémostatique, utiliser de la poudre Hémospray® ou utiliser de l’argon. S’il s’agit d’une varice œsophagienne, on procédera à une ligature élastique. S’il s’agit d’une varice gastrique, on emploiera un cyanoacrylate, une sorte de colle qui a pour but de faire thromboser la varice.

Si la démarche standard ne suffit pas, il existe d’autres mesures pouvant être employées. Dans le cas d’un saignement variciel, on peut utiliser un tube de Blakemore (varices œsophagiennes) ou un tube de Linton (varices gastriques). Le tube de Blakemore est composé de deux ballonnets, un qui sera situé dans l’estomac et l’autre, dans l’œsophage. Une fois ces ballonnets gonflés, ils appliqueront une pression sur les varices, ce qui limitera de façon transitoire l’hémorragie. Le TIPS est aussi une mesure qui peut être employée pour les varices. Si le saignement résulte d’une autre étiologie, on peut demander au radiologiste de procéder à une embolisation artérielle par angio-tomodensitométrie ou procéder à une chirurgie (rare).

2. L’HÉMORRAGIE DIGESTIVE BASSE

L’hémorragie digestive basse correspond au passage de sang rouge via le rectum en grande quantité, de façon subite et soutenue. Il est important de distinguer ce type de rectorragie de la rectorragie anorectale, qui consiste en un écoulement de petites gouttes provenant souvent de saignements hémorroïdaires ou de fissures anales.

Le taux de mortalité associé à l’hémorragie digestive basse est d’environ 5 %. La plupart du temps, le saignement cesse spontanément. Les facteurs de risque de mauvais pronostic incluent la présence de comorbidités, la persistance du saignement pendant plus de 24 heures, la nécessité de transfusions sanguines et les anomalies des signes vitaux.

La prise en charge de l’hémorragie digestive basse ressemble beaucoup à celle de l’hémorragie digestive haute. À l’évaluation, il est important de se questionner par rapport aux facteurs de risque, aux symptômes de cancer colorectal, à la diverticulose, à l’angiodysplasie[[2]](#footnote-2) et aux colites.

Il faut noter que 10 à 15 % des patients qui se présentent avec une hématochézie souffrent en fait d’une hémorragie digestive haute avec signes d’hypovolémie. Compte tenu de cela, le tube nasogastrique peut être pertinent et il est très important de procéder à une évaluation endoscopique haute pour éliminer cette éventualité.

Pour l’hémorragie digestive basse, il faut procéder à une coloscopie. Si le saignement ne peut être contrôlé avec cette mesure (5 % des cas), on peut procéder à une embolisation artérielle par angio-tomodensitométrie. En dernier recours, la scintigraphie aux globules rouges marqués peut être une modalité intéressante. Toutefois, s’il s’agit d’une urgence, on préfèrera aller en chirurgie.

Le saignement diverticulaire est la cause la plus fréquente d’hémorragie digestive basse. La présence de diverticules augmente avec l’âge. Le saignement diverticulaire résulte de l’érosion d’un vaisseau *vasa recta* au bord d’un diverticule. C’est un saignement souvent important, mais il est auto-résolutif. Il n’y a pas de douleurs abdominales associées.

La colite ischémique est une ischémie transitoire et réversible du côlon qui affecte surtout les zones de *water shed* [[3]](#footnote-3) et qui est associée à des facteurs de risques cardiovasculaires (diabète, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, etc.). Elle entraîne typiquement des saignements un peu moins importants que les diverticules coliques, mais est associée à des symptômes de douleurs abdominales et de diarrhées sanglantes. Ces éléments aideront donc à distinguer les deux entités.

L’angiodysplasie provoque un saignement indolore. Elle atteint surtout les personnes âgées, les insuffisants rénaux et les personnes souffrant d’une maladie cardiaque valvulaire. Elle correspond à une dégénérescence de la sous-muqueuse des veinules et atteint le plus souvent le côlon ascendant.

Les autres causes d’hémorragie digestive haute incluent la colite infectieuse, les néoplasies et les polypes.

Les saignements de l’intestin grêle constituent environ 10 % des hémorragies digestives. L’investigation se fait par angio-TDM, par entéro-TDM, par capsule endoscopique, par entéroscopie et/ou par le test de Meckel en médecine nucléaire. Les causes incluent l’angiodysplasie, les lésions du grêle (polype, lymphome, etc.), les ulcères de Crohn, les ulcères de Dieulafoy et les varices ectopiques. Il faut toujours penser au diverticule de Meckel chez l’adolescent ou le jeune adulte. Ce diverticule est près de la valvule iléocæcale et se retrouve chez environ 2 % de la population – il touche un peu plus les hommes.

1. En pratique, le terme hématochézie est utilisé comme synonyme. Or, une rectorragie est un saignement rougeâtre provenant du rectum tandis qu'une hématochézie n'informe pas sur le site du saignement. [↑](#footnote-ref-1)
2. L'angiodysplasie est une anomalie vasculaire due à un trouble du développement des vaisseaux. L'angiodysplasie du côlon, observée chez les sujets âgés, est caractérisée par une dilatation artério-veineuse sous-muqueuse acquise, qui peut provoquer des hémorragies graves. Le diagnostic est confirmé à la coloscopie. [↑](#footnote-ref-2)
3. Angle splénique et angle recto-sigmoïdien. [↑](#footnote-ref-3)